

Aesthetic Photo & Video Release

Authorization for before/after photography and use in marketing materials

Client Information

First Name *

Last Name *

Email Address *

Phone Number *

Date of Birth *

MM / DD / YYYY

Photo & Video Authorization

Ang awtorisasyong ito ay nagpapahintulot sa clinic na kumuha ng mga larawan at/o video recording ng iyo bago, sa panahon ng, at pagkatapos ng iyong treatment(s). Ang mga imahe na ito ay maaaring gamitin para sa mga layuning napili sa ibaba.

Binibigyan ko ng karapatan ang paggamit ng aking mga larawan/video para sa mga sumusunod na layunin: *

- ☐ Dokumentasyon lamang ng medikal na record
- ☐ Portfolio bago at pagkatapos (ipinakita sa clinic sa mga potensyal na pasyente)
- ☐ Website at social media accounts ng clinic
- ☐ Bayad na advertising at promotional materials
- ☐ Mga educational presentation at training
- ☐ Press, media, at mga publikasyon

Photo Anonymity Preference *

- ☐ Maaaring ipakita ang buong mukha
- ☐ Ang mga mata ay dapat na mabalaho/itim
- ☐ Walang kinikilalang mga feature ng mukha na ipapakita

Terms & Conditions

Mga Termino ng Releaseng Ito:

1. Nauunawaan ko na ang mga larawan/video ay manatiling ari-arian ng clinic.
2. Sinasagupa ko ang anumang karapatan na inspeksyunan o aprubahan ang mga tapos na larawan o ang konteksto kung saan ginagamit ang mga ito.
3. Nauunawaan ko na hindi ako makakatanggap ng anumang financial compensation para sa paggamit ng aking mga larawan.
4. Maaari kong iwalang-bisa ang awtorisasyong ito anumang oras sa pamamagitan ng paghahatid ng nakasulat na kahilingan, ngunit ang pagwawali ay hindi maipapadala sa mga larawan na naipublish na o ipinamamahagi na.
5. Ang aking pangalan ay hindi maaauugnay sa mga nai-publish na larawan maliban kung magbigay ako ng hiwalay na nakasulat na pahintulot.
6. Inilalabas ko ang clinic, ang kanyang staff, at ang anumang affiliated parties mula sa anumang mga pag-claim na nagmumula sa paggamit ng aking mga larawan/video tulad ng inilarawan sa itaas.

Nabasa ko at nauunawaan ang mga termino at kondisyon ng photo at video release authorization na ito.

Nabasa ko at sumasang-ayon sa mga termino sa itaas: _____

Consent & Signature

Kusang-kusang binibigyan ko ng karapatan ang clinic na kumuha ng larawan at/o mag-record sa akin at gumamit ng mga ganitong larawan tulad ng inilalarawan sa awtorisasyong ito. Nabasa ko ang dokumentong ito nang buo at nauunawaan ang nilalaman nito.

Kinikilala ko na nabasa ko at nauunawaan ang impormasyon sa itaas at nagbibigay ng aking informed consent.

Nabasa ko at nauunawaan ang impormasyon sa itaas: _____

Signature

Petsa

Isulat ang pangalan

Date *

MM / DD / YYYY

Ang form na ito ay ibinigay nang libre ng Consentify

Ang Consentify ay nagiging digital consent ang mga form na tulad nito na pinipirmahan ng iyong mga kliyente sa kanilang sariling telepono sa pamamagitan ng QR code — na may awtomatikong PDFs, contraindication flags, at encrypted storage. May libreng plano sa <https://getconsentify.com>.

Template lamang. Suriin kasama ang iyong sariling lisensyadong propesyonal o legal na payo bago gamitin; ang mga kinakailangan ay nag-iiba depende sa jurisdiksyon at sa kasanayan.